



Universidade de Brasília — UnB
Instituto de Ciências Humanas — IH
Departamento de Serviço Social — SER

Maria Eduarda Bezerra Tavares

**ANÁLISE DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA
INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA: PERFIL DOS CASOS NOTIFICADOS EM
UM HOSPITAL DO DISTRITO FEDERAL DE ALTA COMPLEXIDADE**

BRASÍLIA

2016

Maria Eduarda Bezerra Tavares

**ANÁLISE DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA
INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA: PERFIL DOS CASOS NOTIFICADOS EM
UM HOSPITAL DO DISTRITO FEDERAL DE ALTA COMPLEXIDADE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso Serviço Social, da Universidade de
Brasília como requisito parcial à obtenção do
título de graduação.

Orientadora: Dra. Lívia Barbosa Pereira

BRASÍLIA

2016

Tavares, Maria Eduarda Bezerra
Análise das fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovoçada: perfil dos casos notificados em um hospital do distrito federal de alta complexidade / Maria Eduarda Bezerra Tavares. — Brasília, 2016.

46 p. : il. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso Serviço Social, da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de graduação.

Orientadora: Lívia Barbosa Pereira

1. Violência. 2. Saúde Pública. 3. HBDF. I. Título II. PEREIRA, Lívia Barbosa

CDU

Maria Eduarda Bezerra Tavares

**ANÁLISE DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA
INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA: PERFIL DOS CASOS NOTIFICADOS EM
UM HOSPITAL DO DISTRITO FEDERAL DE ALTA COMPLEXIDADE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso Serviço Social, da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de graduação.

Brasília, 12 de dezembro de 2016

Lívia Barbosa Pereira — Orientadora

Professora do Departamento de Serviço Social (UnB)

Doutora em Política Social

Ana Paula Gomes Matias

Mestre em Política Social

Letícia Maria Ferreira

Bacharel em Serviço Social

AGRADECIMENTOS

Ao corpo docente da Universidade de Brasília que acrescentaram no meu aprendizado como estudante, pessoa, cidadã ética e na minha formação profissional. À minha orientadora Livia Barbosa Pereira pelo acolhimento, suporte, apoio, confiança, paciência, correções, incentivos e empenho dedicados à elaboração deste trabalho. As assistentes sociais Cláudia Alves Pereira e Letícia Maria Ferreira pela orientação durante os anos de 2015 e 2016 no HBDF, pela confiança, apoio, suporte, acolhimento e incentivos, pois sem eles não seria possível concluir o presente trabalho.

Ao economista André Ferro de Oliveira pelas correções, ensinamentos e paciência. Ao Profº. Biólogo Fábio Aquino pelos materiais cedidos, suporte e incentivos. À assistente social Rosali Bezerra de Siqueira pelos materiais cedidos. A Gerência de Serviço Social – GESS, às assistentes sociais do HBDF Luana Viana e Karina Isabel Almeida e aos assistentes administrativos Deusimar Pereira da Cruz e Francilena Camarço de Freitas, pelo suporte.

As amigas e colegas de curso Amanda Santos Lustosa, Stefany Navarro e Marianna Fernandes pelos aprendizados compartilhados, apoio e incentivos nas horas de desânimo e cansaço. Por fim, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para minha formação e na criação deste trabalho.

“A violência, seja qual for a maneira como ela se manifesta, é sempre uma
derrota”.

Jean-Paul Sartre.

RESUMO

A violência é um problema mundial e exerce um grande impacto social e econômico. As fichas de notificação de violência interpessoal/autoprovocada foram criadas para fornecer parâmetros para elaboração de diagnóstico local, controle epidemiológico e formulação de políticas públicas adequadas para ampliar a prevenção e promoção da saúde. Apesar de a notificação ser compulsória, os serviços de saúde muitas vezes ignoram o preenchimento da ficha, por isso este estudo realizou uma análise das fichas de notificação de violência preenchidas no primeiro semestre dos anos de 2015 e 2016 no Hospital de Base do Distrito Federal, com o intuito de 1. Traçar um perfil das vítimas de violência, agressores, tipo de violência e idade das vítimas, 2. Fazer uma análise comparativa entre 2015 e 2016 e identificar se houveram evoluções em relação à quantidade de fichas preenchidas nos dois semestres. Parte dos resultados foram semelhantes aos dados nacionais, porém outros foram novos e cabem novas pesquisas para analisa-los, com esse estudo foi perceptível que poucas fichas foram preenchidas no hospital analisado e que seria necessário outros estudos para descobrir as verdadeiras razões do pouco preenchimento. Notou-se também a importância de conhecer o perfil das vítimas no hospital estudado, pois esse conhecimento ajuda o profissional a executar um melhor acolhimento e atendimento. Por fim, foi concluído que a eficácia e eficiência da notificação depende da rede de saúde por completo, profissionais, vítimas, gestão e redes de apoio.

Palavras-chave: Violência. Saúde pública. HBDF. Ficha de notificação.

ABSTRACT

Violence is a global problem that have social and economics impacts. The notification's records about interpersonal / self-violence were created to provide parameters for elaboration of local diagnosis, epidemiological control and formulation of adequate public policies to expand prevention and health promotion. Although the notification is compulsory, health services often ignore filling in the form, so this study carried out an analysis of the forms of notification of violence completed in the first half of 2015 and 2016 at the Base Hospital of the Federal District, With the aim of: 1. To draw a profile of the victims of violence, aggressors, type of violence and the age of the victims; 2. Make a comparative analysis between 2015 and 2016 and identify if there were any changes in the number of completed files in the two semesters. Some of the results were similar to the national data, but others were new and new research is needed to analyze them, with this study it was noticeable that few records were filled in the hospital analyzed and that further studies were needed to find out the true reasons for the little filling. It was also noted that it is important to know the profile of the victims in the hospital studied, since this knowledge helps the professional to perform a better reception and care. Finally, it was concluded that the effectiveness and efficiency of notification depends on the entire health network, professionals, victims, management and support networks.

Keywords: Violence. Public health. HBDF. Notification record.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 — Sexo das vítimas.....	27
Gráfico 2 — Sexo do agressor.....	28
Gráfico 3 — Tipos de violência	28
Gráfico 4 — Faixa etária dividida pelo sexo da vítima.....	30
Gráfico 5 — Faixa etária dividida pelo tipo de violência	31
Gráfico 6 — Faixa etária por tipo de violência e sexo	32
Gráfico 7 — Sexo das vítimas.....	33
Gráfico 8 — Sexo do agressor.....	34
Gráfico 9 — Tipos de violência	34
Gráfico 10 — Faixa etária dividida pelo sexo da vítima.....	35
Gráfico 11 — Faixa etária dividida pelo tipo de violência.....	36
Gráfico 12 — Faixa etária por tipo de violência e sexo	37

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Faixa etária dividida pelo sexo da vítima	30
Quadro 2 — Faixa etária dividida pelo tipo de violência.....	31
Quadro 3 — Faixa etária dividida pelo tipo de violência.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CT	Conselho Tutelar
DF	Distrito Federal
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HDB	Hospital Distrital de Brasília
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAV	Programa de Atendimento as Vítimas de Violência
SES	Secretaria de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 METODOLOGIA.....	15
3 A VIOLÊNCIA	19
3.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA	21
3.2 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA.....	23
3.3 A VIOLÊNCIA NO SETOR SAÚDE.....	25
4 ANÁLISE DOS DADOS	27
4.1 DADOS DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DO ANO DE 2015	27
4.2 DADOS DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DO ANO DE 2016.....	33
4.3 RESULTADOS	37
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS.....	47

|

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno complexo e multicausal que apresenta significativa dimensão epidemiológica e é considerada um grave problema de saúde pública. Por apresentar diversas formas de manifestação é difícil conceituá-la, apesar disso, no presente trabalho foi utilizada a conceituação estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Os setores responsáveis pela saúde pública, nos últimos anos, passaram a avançar no âmbito do enfrentamento à violência com a implementação de diversas leis. Apesar de todos os avanços esse enfrentamento permanece um grande desafio. Reconhecendo o impacto que a violência exerce sobre o SUS, dentre inúmeras intervenções pautadas na prevenção e promoção da saúde, em 2014 o Ministério da Saúde (MS) através da Portaria 1.271 definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública e a notificação de violências passou a integrar essa lista de notificação compulsória.

O Hospital de Base do Distrito Federal, onde foi realizado este estudo, atende toda a população do DF, entorno e estados circunvizinhos para procedimentos de alta complexidade. Atende, como campo de estágio, vários convênios da Secretaria de Saúde com Instituições de Ensino Superior e Médio recebendo em suas dependências estudantes de cursos de enfermagem, nutrição, fisioterapia, odontologia, serviço social, psicologia e outros.

A Missão do (a) assistente social na instituição é prestar ações de serviço social aos pacientes em tratamento especializado no HBDF, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, contribuindo para a viabilização do acesso às políticas sociais e institucionais, reduzindo e/ou minimizando os agravos decorrentes das condições de saúde. O atendimento do serviço social na instituição encontra múltiplas expressões da questão social enquanto conjunto de expressões das desigualdades existentes na sociedade. Para atuação e intervenção, as demandas apresentadas sempre são acompanhadas de motivos relacionados à saúde por constituir uma instituição hospitalar.

A atuação do assistente social na saúde consiste em orientação, esclarecimento, e reflexão junto ao usuário e à equipe de saúde com relação às condições objetivas e demandas. O profissional é responsável por exercer atividades que são de sua competência, e dessa forma seguir os princípios ético-políticos e Código de Ética Profissional, pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação às questões sociais e culturais, visto que pela sua própria formação há o respeito pela diversidade.

Ao desprender da base histórica pela qual a profissão surge, o Serviço Social pode qualificar-se para novas competências, buscar novas legitimidades, indo além da mera

requisição instrumental-operativa do mercado de trabalho. Este enriquecimento da instrumentalidade do exercício profissional resulta num profissional que, sem prejuízo da sua instrumentalidade no atendimento das demandas possa antecipá-las, que habilitado no manejo do instrumental técnico saiba colocá-lo no seu devido lugar (qual seja, no interior do projeto profissional) e, ainda, que reconhecendo a dimensão política da profissão, inspirado pela razão dialética, invista na construção de alternativas que sejam instrumentais à superação da ordem social do capital (Guerra, 2009).

Neste contexto o profissional de Serviço Social do HBDF atua diretamente na identificação de situações suspeitas ou comprovadas de violência, podendo também ser solicitado por outros profissionais de saúde envolvidos no atendimento. A notificação deve ser realizada pelo primeiro profissional responsável pelo atendimento, entretanto, em sua maioria, isso não ocorre, geralmente os profissionais entendem como uma responsabilidade das(os) assistentes sociais e esperam deles a notificação. No primeiro momento, o Assistente Social identifica a situação de violência, inicia a entrevista social com o acompanhante ou com o próprio paciente, estuda e discute o caso, e por fim, faz os devidos encaminhamentos para os órgãos competentes, podendo vir a realizar a notificação caso ela ainda não tenha sido feita.

Os fluxos de referência e contra referência devem estar configurados em rede, envolvendo os serviços de saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, conselhos de direitos, de proteção, de justiça, além de organizações governamentais, não governamentais e setor privado. Propõe-se que a notificação represente um instrumento chave para a organização da gestão e dos serviços de atendimento e proteção integral destinada às pessoas em situação de violência (VIVA, 2015).

O instrutivo VIVA, publicado em 2015 pelo o MS, faz diversas orientações a respeito da ficha, dentre elas que ficha de notificação individual (Anexo I) é estruturada, respectivamente, em 10 blocos, sendo eles: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados da Pessoa Atendida, Dados da Ocorrência, Violência, Violência Sexual, Dados do Provável Autor da violência, Encaminhamento e Dados finais, além de campos destinados para informações complementares e observações.

Orientações de preenchimento dos campos ocorreram em cada bloco citado acima:

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação no SINAN.

CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

CAMPO CHAVE é aquele que identifica o registro no sistema.

A ficha não se aplica à violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como por exemplo, brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras, e embora o ECA defina criança na faixa etária de 0 a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, o MS adota a faixa etária definida pela OMS, sendo criança a faixa de 0 a 9 anos e adolescentes de 10 a 19 anos.

A vigilância contínua objetiva, também, a articulação e a integração com a rede de atenção e de proteção integral às pessoas em situação de violências, visando assim, a atenção integral e humanizada, no âmbito das políticas de assistência social e do sistema de proteção e garantia de direitos humanos. Importante ressaltar que a estratégia de implantação da notificação deve ser feita de modo gradual no âmbito local e em articulação com a estruturação da rede de atenção e proteção integral às pessoas em situação de violência (VIVA, 2015).

O presente trabalho de conclusão de curso tratará de uma análise de fichas de notificação de violência interpessoal ou autoprovocada (anexo I) preenchidas no primeiro semestre dos anos de 2015 e 2016 no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).

Notou-se a partir de um projeto de intervenção realizado no primeiro semestre de 2016, onde foram analisadas todas as fichas de notificação de violência referentes ao ano de 2015, a falta de um programa de atendimento às vítimas de violência no HBDF e a falta de participação dos profissionais em geral no preenchimento dessas fichas. Dessa forma no projeto de intervenção foi realizada uma oficina no HBDF para socializar os dados obtidos conjuntamente com o arcabouço teórico e legal adquirido com o objetivo de conscientizar os profissionais do hospital sobre a importância de um atendimento específico às vítimas de violência e a respeito do preenchimento da ficha de notificação de violência. Foi desenvolvido e implementado um banco de dados online no qual ao fazer o preenchimento da ficha de notificação de violência no programa, o mesmo passa a desenvolver automaticamente as estatísticas dos dados coletados, facilitando assim o desenvolvimento e aprimoramento do atendimento.

A partir do estudo realizado no projeto de intervenção, este estudo pretende comparar a quantidade de fichas preenchidas no HBDF no primeiro semestre dos anos de 2015 e 2016 e traçar um perfil dos envolvidos na violência, pois acredita-se que o não preenchimento de fichas pode prejudicar estudos epidemiológicos e consequentemente a criação de possíveis políticas públicas para proteção às vítimas. A suspeita de que muitas vezes a ficha não é preenchida, se dá pelo fato de se tratar de um hospital de alta complexidade que recebe

diariamente inúmeras pessoas feridas por armas brancas e armas de fogo e, a quantidade de fichas preenchidas em um semestre não é aparentemente compatível com a quantidade de pacientes vítimas de violência.

A metodologia utilizada foi a pesquisa de natureza descritiva com delineamento na pesquisa bibliográfica através da coleta de dados das fichas de notificação de violência do HBDF. O presente estudo poderá contribuir na conscientização e conhecimento da sociedade em geral e em especial dos profissionais da área a respeito da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada. Acredita-se também que o conhecimento a respeito do perfil das vítimas atendidas, por parte dos profissionais é de extrema importância. Considerando que é um instrumento que pode fornecer importantes parâmetros para elaboração de diagnóstico local, formulação de políticas públicas adequadas e programas de formação continuada daqueles profissionais para enfrentamento do problema.

Uma vez que o papel do assistente social é a garantia de direitos, é necessário que o profissional seja capaz de compreender para além da pobreza, da exclusão, da violência, as possibilidades de emancipação e escolhas significativas (Costa, 2006), para isso deve-se conhecer o perfil das vítimas atendidas e a melhor forma de fazê-lo é analisar cada caso através dos dados coletados, nesse caso, através das fichas de notificação de violência no HBDF.

Com isso, nesta pesquisa será feita uma análise comparativa entre o primeiro semestre dos anos de 2015 e 2016 das fichas de notificação de violência preenchidas pelos profissionais do hospital, com o intuito de traçar um perfil das vítimas por sexo e idade, agressores (por sexo) e tipo de violência, posteriormente identificar as evoluções relacionadas à quantidade de fichas preenchidas nos primeiros semestres de 2015 e 2016.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, contemplando os dados das fichas de notificação/investigação individual de violência interpessoal/autoprovocada (anexo I), que constitui uma modalidade do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e é analisada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A pesquisa foi realizada no primeiro semestre dos anos de 2015 e 2016, abrangendo as fichas preenchidas no HBDF.

Os dados do primeiro semestre do ano de 2015 foram coletados por meio de um livro que continha as informações principais das fichas preenchidas nesse período no HBDF. Uma assistente social era responsável por passar as informações principais das fichas para o livro. Já os dados do primeiro semestre do ano de 2016 foram coletados a partir do Google Forms — editor de documentos que permite criar formulários e registrar as respostas a este, que por sua vez registra os dados fornecidos no formulário e os transforma em gráficos estatísticos. Nesse caso, foi registrado um formulário com os dados da ficha de notificação de violência a serem preenchidos e, conforme as fichas preenchidas chegam ao serviço social, uma assistente social é responsável por passar as respostas da ficha física para esse formulário online.

O livro utilizado para pesquisa referente ao primeiro semestre de 2015 no HBDF continha dados como: data de nascimento, tipo de violência, sexo da vítima e do agressor. Esses dados eram copiados manualmente das fichas de notificação como um controle do serviço social no hospital, uma vez que as fichas originais eram encaminhadas para a vigilância epidemiológica (que alimenta o SINAN) e as cópias das fichas, que eram tiradas para controle, muitas vezes desapareciam. Tudo era feito de forma manuscrita conforme a ficha era entregue para o serviço social, através da chefia imediata do responsável pelo preenchimento. O formulário do Google Forms foi desenvolvido a partir de um projeto de intervenção elaborado pelas alunas Amanda Santos Lustosa e Maria Eduarda Bezerra Tavares, como forma de avaliação da disciplina Estágio II, na graduação em Serviço Social, no qual notou-se a necessidade de uma forma mais eficiente e eficaz na sistematização dos dados das fichas e com o objetivo de atrair um Programa de Atendimento as Vítimas de Violência (PAV) para dentro do HBDF, através da notoriedade da quantidade de vítimas de violência que passam pelo hospital sem um acompanhamento completo.

O fluxograma da ficha de notificação de violência consiste nos seguintes passos: O paciente é atendido na unidade de saúde, o profissional de saúde detecta uma suspeita ou

ocorrência de violência e preenche a ficha. A ficha de notificação é encaminhada para a chefia imediata do profissional responsável pelo atendimento e a chefia encaminha para os responsáveis (vai variar conforme a unidade de saúde) pela conferência da ficha, no caso do HBDF, vai para o serviço social. Caso o preenchimento não esteja correto, a ficha volta para a chefia imediata, a chefia encaminha a ficha para o profissional que a preencheu, o profissional executa as correções, devolve para a chefia imediata que encaminha novamente ao serviço social. Caso o preenchimento esteja correto, o serviço social passa as informações da ficha para um programa específico de registro e estatísticas (google forms) e a ficha é encaminhada para o núcleo de vigilância epidemiológica da coordenação de saúde e caso necessário comunicado aos órgãos de defesa de direitos e/ou responsabilização.

O HBDF não possui um PAV por, entre outros fatores, falta de equipe e espaço físico, então o atendimento realizado com essas vítimas não oferece um acompanhamento ambulatorial individual, não realiza atendimento grupal e não trabalha os agravos.

O atendimento dos PAVs é específico e especializado para as vítimas de violência, uma vez que este se tornou um “fenômeno representado por ações humanas realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais a outrem” (MINAYO; SOUZA, 1999).

É necessário que seu atendimento encontre-se em locais estratégicos, assim como já é feito, porém o HBDF é um hospital de alta complexidade que recebe inúmeros casos de violência e a introdução de um PAV nele seria de grande importância para os pacientes.

Em 1957 com a criação da nova capital, foi planejado, organicamente, o sistema de saúde de Brasília. A assistência médica seria oferecida por um Hospital de Base, Hospitais Distritais, Hospitais Rurais, Unidades Satélites e Colônia Hospitalar. O Hospital Distrital objetivava dispensar assistência de rotina médica, cirúrgica e obstétrica, além de incorporar atividades de emergência, serviços de ambulatório e medicina preventiva. No Hospital Distrital estariam concentradas todas as especialidades e equipamentos de alta precisão, facilitando, pela concentração de especialistas e respectivos meios, uma assistência de alto padrão.

Com essa visão, inaugurou-se, em 12 de setembro de 1960, o Primeiro Hospital Distrital de Brasília - HDB. Com o excelente serviço prestado, tornou-se centro de referência para as Regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, tanto em atendimento médico como também em ensino. Recebeu, nesse mesmo ano, sua primeira turma de médicos residentes oriundos de vários estados do Brasil.

Em 1976, o HDB assume o papel de Hospital de Base previsto no plano original, fruto do atendimento especializado e de qualidade que prestava à população, passando a denominar-se Hospital de Base do Distrito Federal. Em 1978, implanta-se a proposta de hierarquização da atenção à saúde que permanece em vigor até hoje. O HBDF passa a atender patologias de alta complexidade (terciárias). Os hospitais, agora regionais e não mais rurais, patologias de média complexidade (secundárias) e os centros de saúde, criados a partir dessa proposta, seriam responsáveis pela atenção primária.

O delineamento adotado para o estudo foi a pesquisa bibliográfica, por meio do levantamento de dados coletados das fichas de notificação de violência no HBDF com o objetivo primordial de descrever as características da população e do fenômeno estudado. O universo estudado foi o de pacientes vítimas de violência, no primeiro semestre dos anos de 2015 e 2016, no qual a violência foi notificada por um profissional do HBDF.

Foram selecionados estudos referentes à violência no Brasil, às vítimas de violência no HBDF, à atuação do serviço social para/com essas vítimas, a história da ficha de notificação de violência, entre outros, para que fosse possível cumprir os objetivos traçados e comprovar a hipótese do projeto. Dentre os estudos selecionados encontram-se artigos acadêmicos, teses, leis, matérias de jornal, documentos eletrônicos, livros, gráficos, fichas, etc. Diante disso, essa pesquisa foi caracterizada como qualitativa.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1992).

Para Chizzoti (1991), a técnica da pesquisa qualitativa se aplica à análise dos textos escritos, documentos ou de qualquer forma de comunicação e tem como objetivo compreender de forma crítica o sentido das comunicações, entender seu conteúdo manifesto ou latente, as significações que estão dadas ou aquelas que estão escondidas.

Em cada caso de violência é de extrema importância à notificação, o encaminhamento correto da vítima e a denúncia, caso necessário. Na área da saúde, como no HBDF, o primeiro profissional que atende o paciente tem o dever de notificar, em casos suspeitos ou confirmados de violência, uma vez que a notificação desse tipo é compulsória e está prevista no código de ética de cada profissional da saúde, entre outros deveres, a proteção ao paciente. A notificação compulsória é obrigatória aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e outros no exercício da profissão), bem como os responsáveis por organizações e

estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, conforme a Portaria nº 1.271/GM/MS, de 6 de junho de 2014, a qual estabelece que a notificação de violências passa a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde.

Partindo desse pressuposto, o projeto de intervenção de estágio II, o qual fez surgir o presente trabalho de conclusão de curso, estudou as fichas de notificação de violência referentes ao ano de 2015 pelo fato de, durante todo o ano, terem sido preenchidas apenas 80 fichas, o que nos faz levantar a hipótese de que havia uma subnotificação, sendo possível que nem todos os profissionais notificassem, pois se levado em conta que a população do DF em 2010 era de 2.570.160 habitantes e o HBDF atende além da população do DF, também do entorno e estados circunvizinhos, é um hospital grande, terciário e quaternário, de alta complexidade, referência em trauma e recebe uma grande quantidade de pacientes vítimas de violência, há razões para crer que essa hipótese possa ser válida.

Foi realizada uma leitura da resolução do CNS nº 510 de 2016 e analisada de modo que, neste estudo, foi respeitada a confidencialidade, os benefícios (contribuições para o local e sujeitos onde a pesquisa foi realizada), o esclarecimento e conforme o art. 1º parágrafo único - VII não foi necessário a apresentação dessa pesquisa ao sistema CEP/CONEP.

Na análise dos dados do primeiro semestre (de janeiro a junho) do ano de 2015, utilizou-se o censo de 47 fichas preenchidas, sendo que foram analisadas a partir do livro, preenchido manualmente por uma assistente social, contendo os dados principais das fichas.

Na análise dos dados do primeiro semestre do ano de 2016, utilizou-se o censo de 61 fichas preenchidas, sendo que foram analisadas a partir do formulário Google Forms, no qual a assistente social do HBDF passa todas as informações das fichas para o mesmo e ele faz a sistematização dos dados, criando gráficos com as informações nele contidas.

Foram analisados os dados acima citados, comparados entre si e traçado o perfil das vítimas, agressor, tipo de violência e idade da vítima. Uma análise comparativa entre os dados (de 2015 e 2016) coletados e analisados também foi realizada e, por fim, foram identificadas as mudanças na quantidade de fichas preenchidas durante a aplicação do projeto de intervenção em 2016 em relação à quantidade de fichas preenchidas no primeiro semestre de 2015.

3 A VIOLÊNCIA

O fenômeno da violência tem contribuído para a mortalidade precoce e a perda de qualidade de vida entre adolescentes e jovens, com aumentos nos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo ao trabalho e escola, entre outros. A violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal (SVS/MS, 2009). Essa “doença social” incide principalmente em homens jovens, o que imputa perda econômica para a sociedade muito maior do que doenças que atingem indivíduos com idade mais avançada.

Na década de 1980 a violência apresentava-se como fenômeno cujas facetas eram objeto de apreensão pelas pessoas em geral no cotidiano, pelo desencadeamento de temor generalizado aos assaltos, sequestros e assassinatos. Ela também passa a ser objeto de reflexão por parte de várias áreas do saber, entre elas a saúde pública, pelo papel que assume diante da morbi-mortalidade, vitimizando crianças, jovens, adultos e idosos indiscriminadamente (MINAYO; SOUZA, 1993).

Hoje, a violência continua presente no cotidiano da população, ressaltando-se que alguns grupos sociais e étnicos estão mais vulneráveis. Minayo et al. (1999) considera que não há um fato denominado violência, e sim violências, manifestações da exacerbação de conflitos sociais cujas especificidades precisam ser conhecidas, e que têm profundos enraizamentos nas estruturas sociais, políticas, econômicas e nas consciências individuais.

Esse fenômeno pode ser desencadeado por inúmeros fatores, por isso cada caso precisa ser visto no contexto em que a vítima vive e ser analisado na perspectiva da sociedade que a produziu, pois ele é alimentado constantemente por fatos políticos, econômicos e culturais e reproduzido nas relações cotidianas. Estudos sobre o tema têm apontado que, ao mesmo tempo em que fatores biológicos e individuais explicam algumas das predisposições à agressão, é mais frequente que esses interajam com aspectos familiares, comunitários, culturais e outros fatores externos para, assim, criar uma situação propícia à violência (DAHLBERG, 2007).

Minayo e Souza (1999) afirmam que a incidência das mortes violentas recai sobre a população masculina de adolescentes e adultos jovens oriundos das classes sociais menos favorecidas, de etnia negra ou dela descendentes, com pouca ou nenhuma qualificação profissional e com baixa escolaridade. Paralelamente a essa afirmação, de acordo com estudos e pesquisas no Brasil, as maiores vítimas desse fenômeno (com ou sem óbito) são mulheres, crianças, adolescentes e idosos.

Estima-se que um em cada cinco dias em que as mulheres faltam ao trabalho é motivado pela violência doméstica e que 80% dos abusos sexuais cometidos contra crianças e adolescentes acontecem na casa da própria vítima. Os perpetradores de abuso sexual, tanto para as vítimas do sexo feminino quanto do sexo masculino, são predominantemente homens. Os casos fatais de abuso físico são muito encontrados entre crianças muito novas e a maioria das vítimas tem menos de dois anos de idade (MS, 2010).

A violência foi e continua sendo um problema comum a todas as comunidades humanas em todas as fases da história. É justamente em virtude desta complexidade e da multiplicidade de formas sob as quais ela – violência – se apresenta que sua conceituação se torna tão difícil e polêmica. Dado o escopo do presente estudo, optou-se por utilizar um conceito mais operacional e mais ligado à análise do problema pela ótica da saúde pública. Segundo a OMS:

Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002).

A OMS estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento:

a. Violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida) que compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios. Embora a ideação suicida não seja objeto de notificação no sistema VIVA, requer ações de atenção integral em saúde.

b. Violência interpessoal (doméstica e comunitária) é a que “ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente” (MINAYO, 2005), ou seja, é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família. Pode ocorrer tanto dentro como fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, mesmo sem laços consanguíneos. Esse tipo de violência se refere ao espaço físico onde a violência ocorre e às relações em que se constrói e efetua.

c. Violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias) é aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça: polícias, Ministério Público (MP) e poder Judiciário.

3.1 TIPOS DE VIOLÊNCIA

- a.** Violência Física: são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por projéteis de arma de fogo — PAF (incluindo as situações de bala perdida) ou perfuração por arma branca — PAB.
- b.** Violência Psicológica/Moral: é toda forma de rejeição, ameaça, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. A violência moral define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho, é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa.
- c.** Violência Auto-infligida: refere-se à violência onde o perpetrador e a vítima são a mesma pessoa. Divide-se em auto-agressão e suicídio.
- d.** Negligência/Abandono: é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência.
- e.** Violência Sexual: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas,

pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele qual for.

- f.** Tortura: é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de: obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa; provocar ação ou omissão de natureza criminosa; em razão de discriminação racial ou religiosa. (Lei 9.455/1997). Também pode ser o ato de submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.
- g.** Tráfico de seres humanos: inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição, ou trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. Pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes. Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-las, estaremos diante de uma situação de tráfico de pessoas.
- h.** Violência Financeira/Econômica: é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra as pessoas idosas, mulheres e deficientes. Esse tipo de violência é também conhecida como violência patrimonial.
- i.** Trabalho Infantil: é o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto) inibindo-as de viver plenamente sua

condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem-estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudável e seguro.

A Constituição Federal estabelece a proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a pessoas menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos (artigo 7º, inciso XXXIII). Quando na condição de aprendiz, a atividade laboral deve ocorrer em horários e locais que não impeçam a frequência à escola e não prejudiquem a formação e o adequado desenvolvimento físico, psíquico, moral e social.

j. Violência por Intervenção legal: trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Segundo a CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei nº. 4.898/65 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática.

k. Outros: qualquer outro tipo de violência não contemplado nas categorias anteriormente citadas. É obrigatório especificar.

Secretaria de Vigilância em Saúde – MS/DASIS/CGDANT, 2008.

3.2 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA VIOLÊNCIA

A experiência dos EUA em notificar casos de violência contra crianças e adolescentes desde 1970 é reconhecida como uma iniciativa estatal pioneira em regular as ações públicas para o enfrentamento da violência intrafamiliar (FINKELHOR, 1979). Todos os estados americanos possuem leis e políticas que especificam os procedimentos para notificação compulsória de casos suspeitos de violência contra crianças e profissionais envolvidos na notificação.

No Brasil e no mundo, o impacto da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) constitui uma das maiores preocupações para chefes de Estados e dirigentes do setor saúde. Em nosso país, as violências e os acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos, dados do MS revelaram, no período de 1980 a 2006, um total de 2.824.093 óbitos por causas externas. Entre o início e o

fim desse período, houve um aumento de 78% na frequência das causas externas, passando de 70.212 óbitos em 1980 para 125.237 óbitos em 2006 (DAHLBERG, 2007).

Essa situação chamou a atenção dos defensores de direitos humanos e trabalhadores na área de atenção à criança e ao adolescente e das autoridades públicas. Como consequência a notificação de casos classificados como violência contra crianças passou a ser compulsória partir da segunda metade do ano de 1980 no Brasil.

Outra iniciativa importante é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, que determina que casos suspeitos ou confirmados de maus tratos contra crianças e adolescentes sejam comunicados ao Conselho Tutelar (CT). O Estatuto define, ainda, que médico e professor ou responsável pelo estabelecimento de saúde e de ensino são obrigados a realizar essa comunicação e estão sujeitos a multa pela omissão (BRASIL, 2004). Em 2004 a Portaria 2.406 do MS instituiu o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, em julho de 2011 a Lei 12.461 estabeleceu a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde, em dezembro de 2011 a Lei 4.730 criou a notificação compulsória de violência contra criança e adolescente, em junho de 2014 pela Portaria 1.271 foi implantada a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, hoje, notificação de violência interpessoal/autoprovocada.

Tendo em vista do grande impacto social e econômico que as violências e acidentes exercem principalmente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), em 2001 o MS lançou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Dessa forma, o MS passou a monitorar a violência para fins de vigilância epidemiológica, porém até 2006 era possível conhecer o perfil das vítimas de violência somente através de análises da certidão de óbito ou a partir da autorização de internação hospitalar. Com todos esses impasses para uma análise de perfil da pessoa vítima de violência, o MS implantou em 2006 o sistema VIVA no âmbito do SUS, em dois componentes: vigilância de violência doméstica, sexual, e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA - Contínuo), e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA - Sentinela), que são de responsabilidade das secretarias de saúde (SES) e tem o objetivo de gerar avaliações de forma mais ampla sobre o impacto e a caracterização da violência em todas as regiões do país (VIVA, 2015).

A partir de 2009, a notificação de violências foi inserida no SINAN, o que colaborou com a expansão do VIVA e garantiu a sustentabilidade da notificação de violências.

Com a publicação da Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde. A ficha de notificação individual deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT (SINAN, 2014).

Para isso, considera-se notificação compulsória a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e demais profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública (MS, 2014). Com o preenchimento da ficha de notificação, além da autoridade de saúde ficar sabendo da ocorrência, também fica registrado em sistema de informação de saúde e seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS. Há casos em que se deve além de notificar, encaminhar para outros serviços: casos de violência contra crianças e adolescentes, deve-se encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (CT), de acordo com a Lei nº 8.069/1990 (ECA); em casos de violência contra pessoas idosas, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (MP ou Conselho do Idoso) ou para os órgãos de responsabilização (Delegacias Gerais ou Especializadas), em conformidade com as leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e nº 12.461/2011).

3.3 A VIOLÊNCIA NO SETOR SAÚDE

O setor da saúde é considerado estratégico para identificação precoce de sinais e sintomas indicativos de violências, dado seu potencial de contribuição para o dimensionamento epidemiológico do problema e elaboração de políticas públicas voltadas à sua prevenção. A atuação qualificada dos profissionais de saúde na notificação de casos suspeitos ou confirmados é fundamental para que a violência não siga sendo invisível, naturalizada e tida como inevitável.

Embora se tenha claro que a área da saúde não participa da sua gênese, em outras palavras, não a cria, não a incrementa nem a desenvolve, é exatamente

sobre esse setor que vai recair o maior ônus da violência. As causas externas se constituem hoje, em um indiscutível problema de saúde pública, com efeitos importantes sobre a mortalidade e sobre a morbidade da população (JORGE; YUNES, 2001).

A saúde não é responsável pelo surgimento da violência, entretanto, está entre os ambientes nos quais ela se expressa nas formas mais extremas. Ele é considerado estratégico para identificação precoce de sinais e sintomas indicativos de violências, dado seu potencial de contribuição para dimensionamento epidemiológico do problema e elaboração de políticas públicas voltadas à sua prevenção.

Os fins da violência chegam até o campo da saúde nas suas mais variadas formas e exigem dos profissionais um grande preparo, não só para o cuidado físico e psicológico, mas também na notificação, para que ela possa ser comunicada às autoridades e órgãos responsáveis e não fique de fora das estatísticas.

De acordo com o MS, diante do crescimento dos números relativos à morbimortalidade das violências, seja na capacidade de produzir vítimas ou de gerar múltiplas formas de sequelas, esse tipo de evento pode ser considerado endêmico em muitos países, entre os quais o Brasil.

4 ANÁLISE DOS DADOS

4.1 DADOS DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DO ANO DE 2015

No primeiro semestre de 2015 foram registrados 47 atendimentos, com preenchimento de fichas, às pessoas vítimas de violência no HBDF, dos quais 25 (53,19%) foram do sexo masculino e 22 (46,81%) do sexo feminino. Conforme os dados do Mapa da violência de 2015 (homicídio de mulheres no Brasil), a violência (letal) é bem semelhante para ambos os sexos: baixa ou nula incidência até os 10 anos de idade, crescimento íngreme até os 18/19 anos, e a partir dessa idade, tendência de lento declínio até a velhice.

Gráfico 1 — Sexo das vítimas



Fonte: Elaboração própria

O perfil do agressor foi dividido em quatro categorias: homem, mulher, desconhecido e ignorado; sendo que das 47 fichas, 25 (53,19%) agressores foram do sexo masculino, 8 (17,02%) do sexo feminino, 10 (21,28%) foram registrados como desconhecido e 4 (8,51%) foram ignorados. No Mapa da Violência 2012 - Caderno Complementar 1: Homicídio de Mulheres, os dados (referentes ao ano de 2011) analisam o agressor pelo parentesco com a vítima e não pelo sexo, como a presente análise; porém com esses dados dá pra ter noção da presença masculina como principal agressor: Os pais são os principais responsáveis pelos incidentes violentos até os 14 anos de idade das vítimas. Nas idades iniciais, até os 4 anos, destaca-se sensivelmente a mãe. A partir dos 10 anos, prepondera a figura paterna. Esse papel paterno vai sendo substituído progressivamente pelo cônjuge e/ou namorado (ou os respectivos ex), que preponderam sensivelmente a partir dos 20 anos da mulher até os 59 anos. A partir dos 60 anos, são os filhos que assumem o lugar preponderante nessa violência contra a mulher.

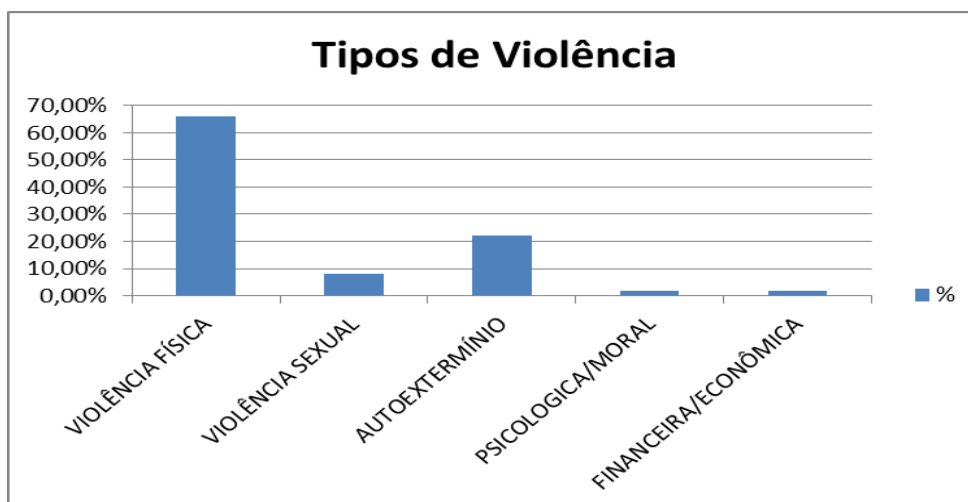
Gráfico 2 — Sexo do agressor



Fonte: Elaboração própria

A OMS estabelece distinções sobre as naturezas da violência, sendo elas: violência física, violência psicológica/moral, tortura, violência sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, violência financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal. Baseado nessas informações foram analisados também os tipos de violência, sendo que das 47 fichas analisadas tivemos um total de 50 tipos, levando em conta que uma mesma vítima pode sofrer mais de um tipo de violência. Foram registradas 33 (66%) ocorrências de violência física, sendo que 6 ocorreram com arma branca, 10 com arma de fogo, 15 sem especificação do objeto utilizado e 2 acompanhadas de violência sexual. Foram registradas 11 (22%) ocorrências de tentativa de autoextermínio (violência autoprovocada), 4 (8%) ocorrências de violência sexual, sendo 2 acompanhadas de violência física e 1 sendo estupro. Foi registrada 1 (2%) ocorrência de violência psicológica/moral e 1 (2%) financeira/econômica.

Gráfico 3 — Tipos de violência



Fonte: Elaboração própria

De acordo com a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o ECA considera-se criança, a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade.

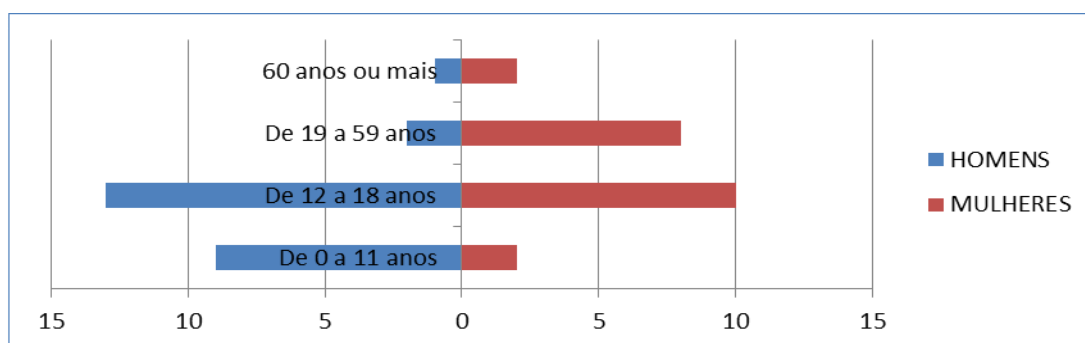
A violência contra as crianças está representada em toda ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral. Tais eventos geralmente envolvem uma relação assimétrica e desigual de poder manifestada pela força física, pelo poder econômico ou político, pela dominação e opressão familiar ou geracional. Esse fenômeno se configura também de forma estrutural na aplicação de políticas educacionais, sanitárias ou econômicas que mantêm as condições que impedem ou não promovem o seu crescimento e desenvolvimento. [...] É justamente nesse grupo (que no ano 2000 correspondeu a 21% da população brasileira) que as manifestações da violência provocam mais impacto. São os adolescentes e jovens os que mais morrem por agressões e também são os mais apontados como autores de agressões no País e na América Latina (KRUG et al., 2002). A dialética letal do matar e morrer abrevia a expectativa de vida, reduz o potencial produtivo da população, representa custos (diretos e indiretos) consideráveis para as famílias e para o sistema de saúde e compromete qualquer projeto de qualidade de vida. (MINAYO, 2005).

A idade adulta corresponde a pessoas entre 19 e 59 anos e é considerada pessoa idosa, segundo a OMS, o indivíduo com 60 anos ou mais. Foram registrados 11 (23,40%) vítimas de violência crianças, 23 (48,93%) vítimas adolescentes, 10 (21,27%) adultas e 3 (6,38%) idosas.

Do ponto de vista epidemiológico, a violência contra os idosos é um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. A vitimização dos velhos, no entanto, é um fenômeno cultural de raízes seculares e suas manifestações, facilmente reconhecidas, desde as mais antigas estatísticas epidemiológicas. Nesse momento histórico, a quantidade crescente de idosos oferece um clima de publicização e de politização das informações sobre maus-tratos e abusos de que são vítimas, tornando-as um tema obrigatório da pauta de questões sociais, como já foi comentado. Pela primeira vez, em 1975, esse problema foi descrito em revistas científicas britânicas como “espancamento de avós” (BAKER, 1975). No Brasil, a questão começou a ganhar visibilidade na década de 90 (MACHADO et al 1997, 2001; MACHADO, 2002; SOUZA et al, 1998; MENEZES, 1999; SOUZA et al, 2002; MINAYO, SOUZA, 2003), bem depois que a preocupação com a qualidade de vida dos idosos entrou na agenda da saúde pública brasileira (VERAS, 1994 apud MINAYO, 2005).

Com relação à idade das vítimas, foi relacionado com o sexo das vítimas e com o tipo de violência.

Gráfico 4 — Faixa etária dividida pelo sexo da vítima



Fonte: Elaboração própria

Quadro 1 — Faixa etária dividida pelo sexo da vítima

IDADE	HOMENS	MULHERES
De 0 a 11 anos	9	2
De 12 a 18 anos	13	10
De 19 a 59 anos	2	8
60 anos ou mais	1	2

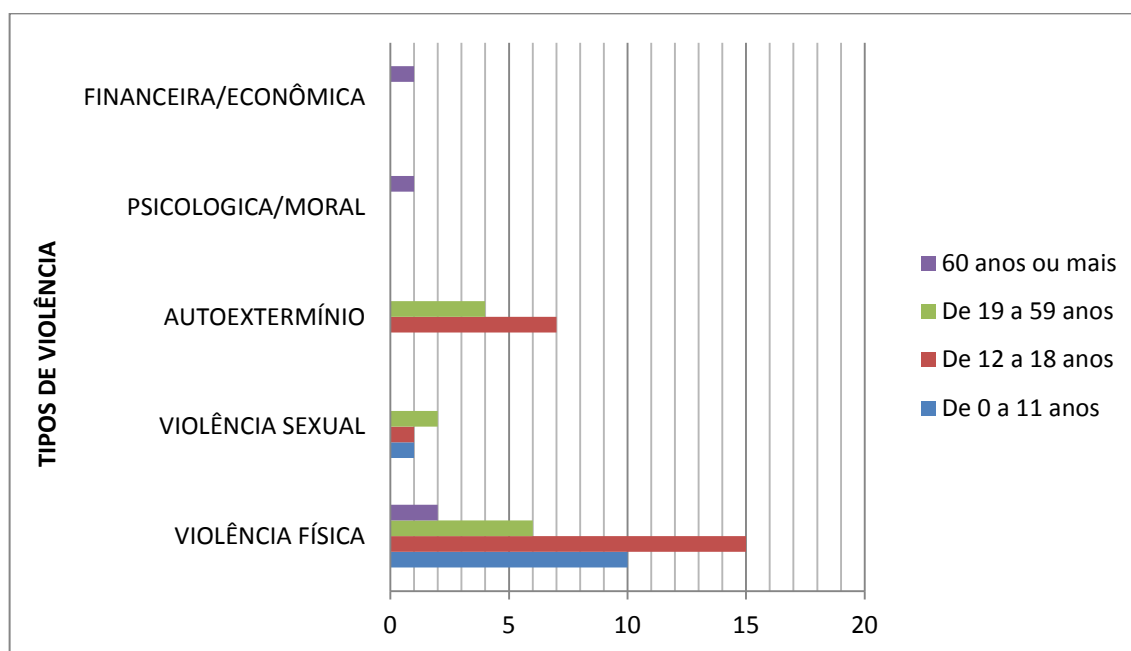
Fonte: Elaboração própria

A partir dos dados acima podemos perceber que crianças e adolescentes do sexo masculino sofreram mais violência do que as mulheres, porém levando em conta a faixa etária, mulheres adultas e idosas sofreram mais que os homens. De acordo com o Censo Demográfico do IBGE em 2010 havia 96 homens para cada 100 mulheres. Em 2000, eram 96,9 para cada 100 mulheres. No total, o Censo contabilizou 97.348.809 mulheres e 93.406.990 homens no País. Em 2010, a população feminina brasileira ultrapassou em 3,9 milhões a masculina.

A diferença entre homens e mulheres, no entanto, não reflete o número de nascimentos. Hoje, nascem mais meninos que meninas nas maternidades. Essa relação, entretanto, muda na faixa dos 25 anos. A explicação: os homens estão mais expostos à violência e morrem mais jovens. Segundo o presidente do IBGE, Eduardo Pereira Nunes, “nascem mais homens que mulheres, mas a mortalidade entre os homens, mesmo a natural, é maior que entre as mulheres. A diferença da expectativa de vida ultrapassa seis anos e contribui para essa distância a violência nos grandes centros urbanos brasileiros”.

De modo geral, os adolescentes são os maiores atingidos e a violência física foi a mais recorrente, conforme demonstra o quadro abaixo:

Gráfico 5 — Faixa etária dividida pelo tipo de violência



Fonte: Elaboração própria

Quadro 2 — Faixa etária dividida pelo tipo de violência

IDADE	VIOLÊNCIA FÍSICA	VIOLÊNCIA SEXUAL	AUTOEX-TERMÍNIO	PSICOLÓGICA / MORAL	FINANCEIRA / ECONÔMICA
De 0 a 11 anos	10	1	0	0	0
De 12 a 18 anos	15	1	7	0	0
De 19 a 59 anos	6	2	4	0	0
60 anos ou mais	2	0	0	1	1

Fonte: Elaboração própria

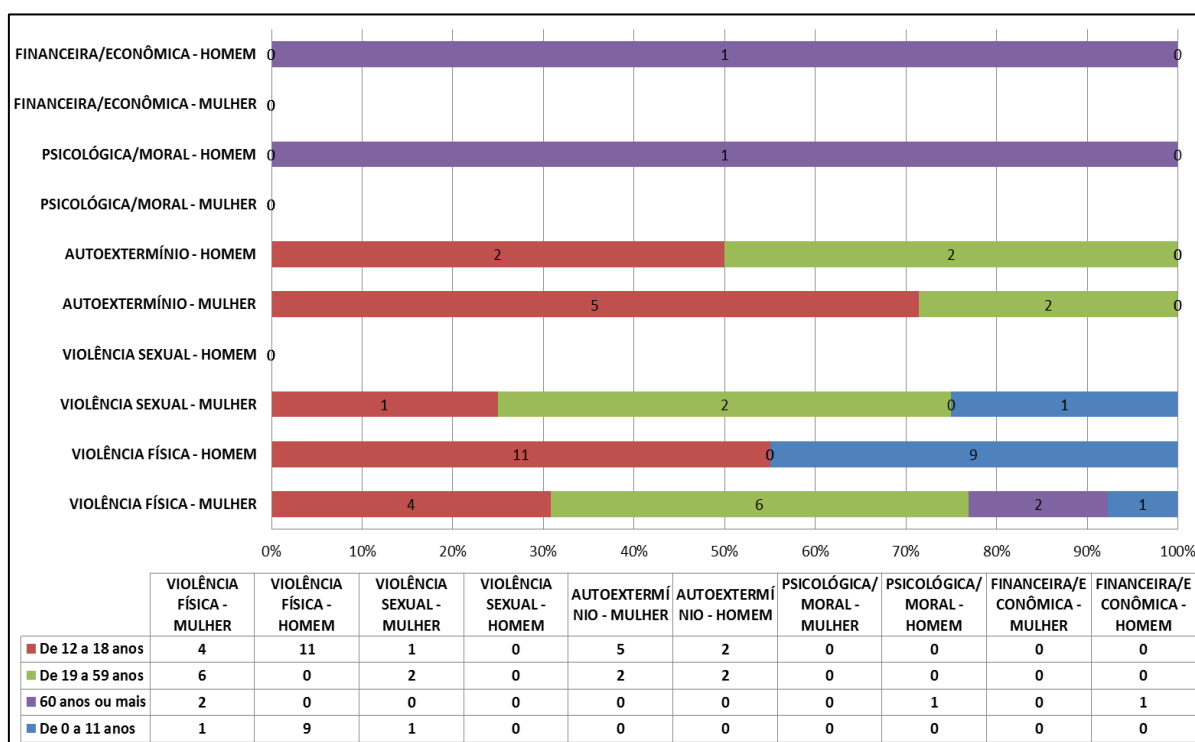
Apesar da violência física ter sido a mais recorrente, a quantidade de tentativas de autoextermínio entre os adolescentes é grotesca. Em 2014 a OMS publicou seu primeiro relatório sobre o suicídio, assunto que ainda é tratado como um tabu e, segundo o relatório, a cada 40 segundos uma pessoa morre de suicídio no mundo, sendo a segunda maior causa de morte entre pessoas de 15 e 29 anos.

Isso pode ser explicado pelo fato de essas fichas terem sido preenchidas em um hospital terciário e quaternário, referência em trauma de Brasília, que grande parte das ocorrências são de vítimas de violência física por arma de fogo, sendo que das 47 fichas analisadas referentes ao ano de 2015 foram registradas 33 ocorrências de violência física no qual 10 foram com arma de fogo, instrumento que, com base nos dados abaixo, os homens jovens são as maiores vítimas:

Em primeiro lugar, o sexo das vítimas dos homicídios por arma de fogo (HAF), duas questões saltam à vista na Tabela e no Gráfico a seguir. A primeira é a quase exclusiva masculinidade das vítimas dos HAF: 94,4% na média nacional. A segunda é a enorme homogeneidade existente entre os estados e regiões do país, nesse aspecto. Efetivamente, todos oscilam entre 91% e 96% de masculinidade das vítimas. (WASELFSZ, 2016).

Esses dados justificam o resultado obtido uma vez que comprovam que os homens são mais afetados pela violência física com arma de fogo do que as mulheres, entretanto, em relação às mulheres adultas a taxa de violência física e sexual - conforme os dados analisados das fichas de notificação preenchidas no primeiro semestre de 2015 - é superior a dos homens, conforme o gráfico abaixo, sendo 6 ocorrências de violência física e 2 sexual, e zero contra os homens da mesma faixa etária.

Gráfico 6 — Faixa etária por tipo de violência e sexo



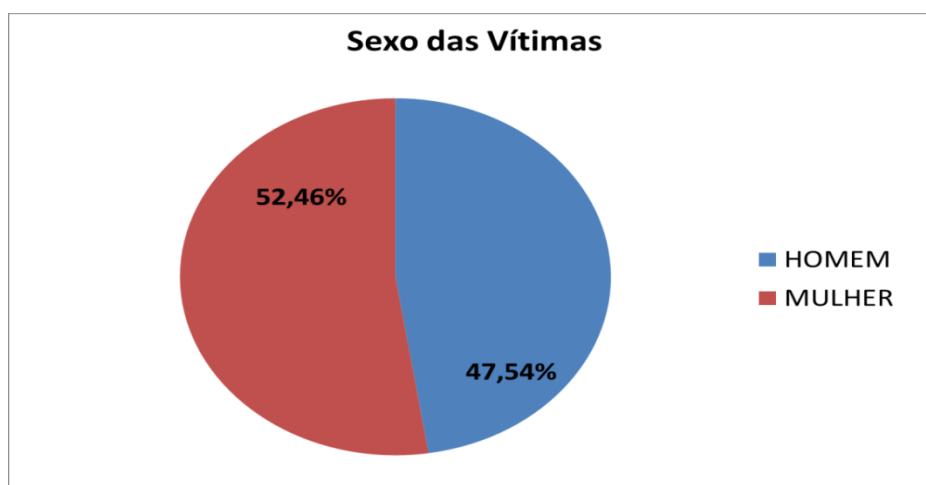
Fonte: Elaboração própria

Quando se levam em consideração os tipos de violências por gênero das vítimas, encontram-se diferenças significativas. Os dados da Polícia Civil do Estado do Rio de Janeiro para o ano de 1999 revelam que, dos homicídios dolosos, 81,1% eram homens, 8,4% mulheres e em 10,5% não havia informação do sexo. Em relação às queixas por lesões dolosas, 59,3% eram de mulheres, 35,7%, de homens e em 5,0% dos casos não havia informação (INSTITUTO SUPERIOR DE ESTUDOS RELIGIOSOS, 2003). Esses dados indicam que os homens são mais atingidos pela violência fatal em geral cometida pelos próprios homens e as mulheres são as maiores vítimas de lesões, abusos e maus-tratos, perpetrados por homens. Heise et al (1994) ressalta, por meio de comparações internacionais, que cerca de 35% das queixas das mulheres aos serviços de saúde estão associadas a algum tipo de violência. (MINAYO, 2005).

4.2 DADOS DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DO ANO DE 2016

No primeiro semestre de 2016 foram registrados 61 atendimentos, com preenchimento de fichas, às pessoas vítimas de violência no HBDF, dos quais 29 (47,54%) foram do sexo masculino e 32 (52,46%) do sexo feminino.

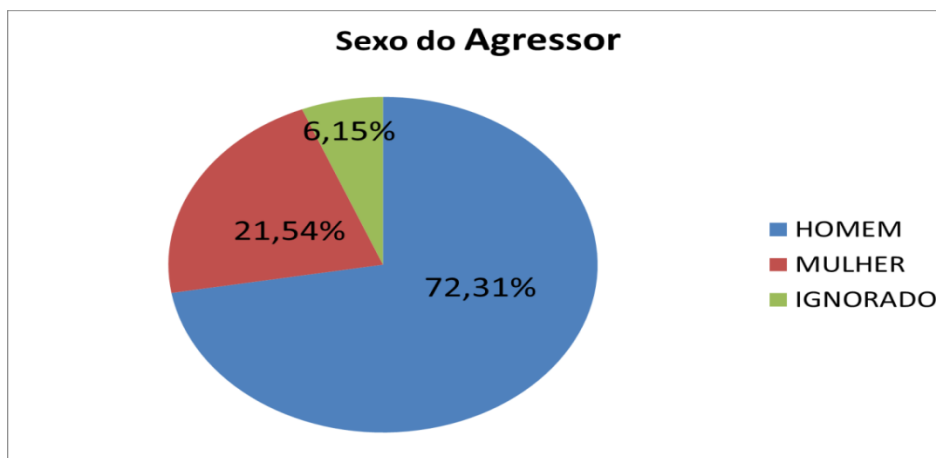
Gráfico 7 — Sexo das vítimas



Fonte: Elaboração própria

O perfil do agressor foi dividido em três categorias: homem, mulher e ignorado; sendo que das 61 fichas houveram 65 agressores, uma vez que uma mesma vítima pode ser agredida por pessoas do sexo masculino e feminino ao mesmo tempo, que foi o caso de quatro vítimas. 47 (72,31%) agressores foram do sexo masculino, 14 (21,54%) do sexo feminino e 4 (6,15%) foram ignorados.

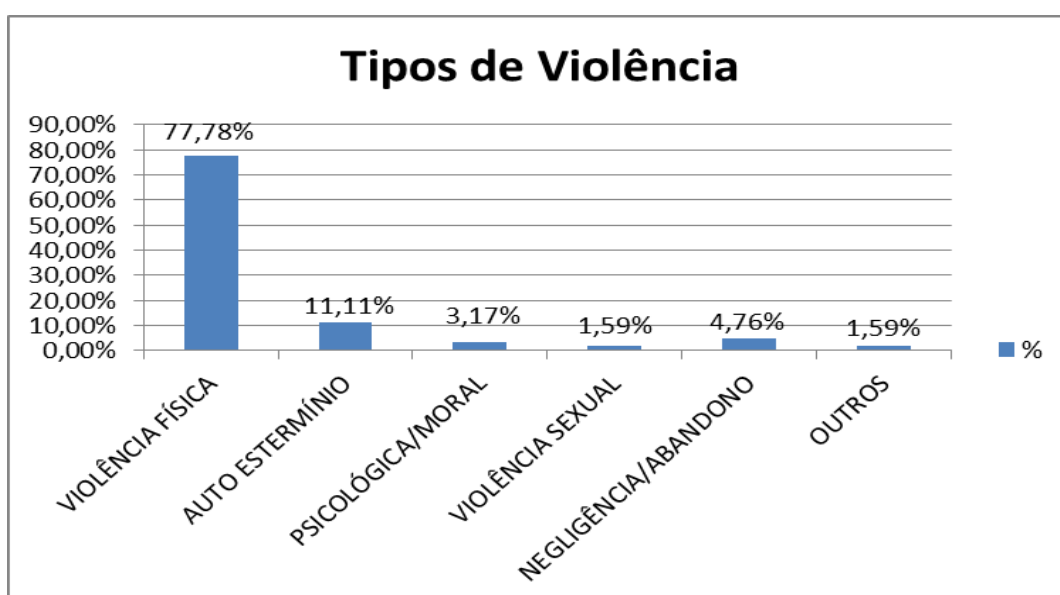
Gráfico 8 — Sexo do agressor



Fonte: Elaboração própria

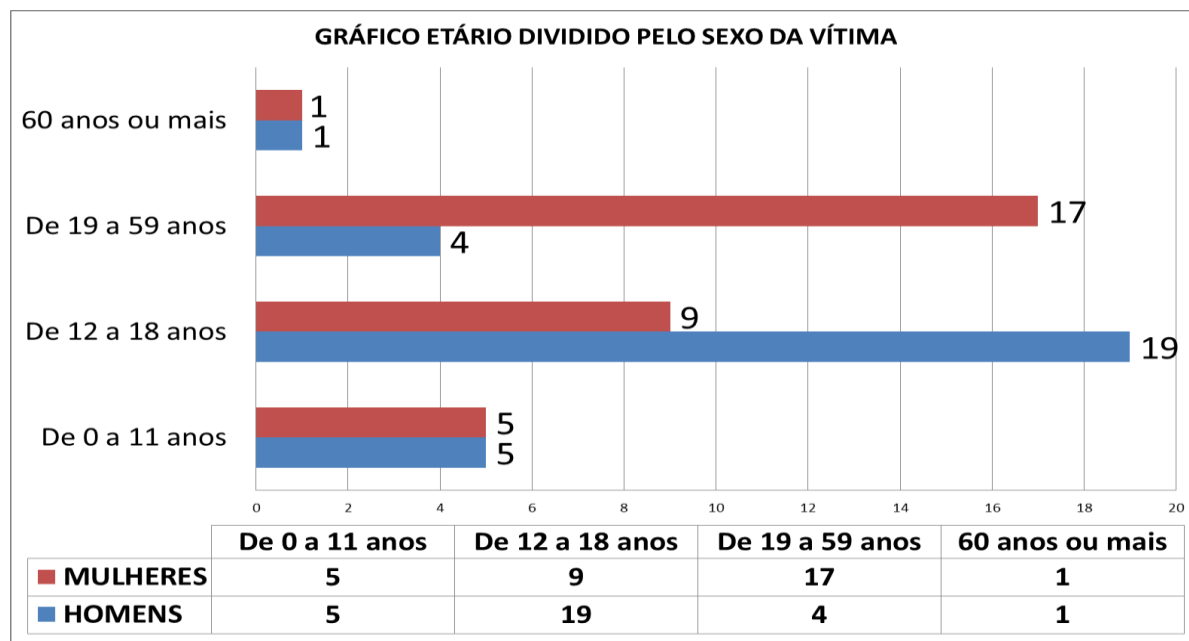
Em relação aos tipos de violência, foram divididos em 6 categorias, sendo que das 61 fichas analisadas tivemos um total de 63 tipos, levando em conta que uma mesma vítima pode sofrer mais de um tipo de violência. Foram registradas 48 (77,78%) ocorrências de violência física, sendo que 18 ocorreram com arma de fogo, 30 sem especificação do objeto utilizado e 2 acompanhadas de violência psicológica/moral. Foram registradas 7 (11,11%) ocorrências de tentativa de autoextermínio (violência autoprovocada), 1 (1,59%) ocorrência de violência sexual, 3 de negligência/abandono (4,76%) e 2 (3,17%) ocorrências de violência psicológica/moral, sendo ambas acompanhadas por violência física.

Gráfico 9 — Tipos de violência



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 10 — Faixa etária dividida pelo sexo da vítima

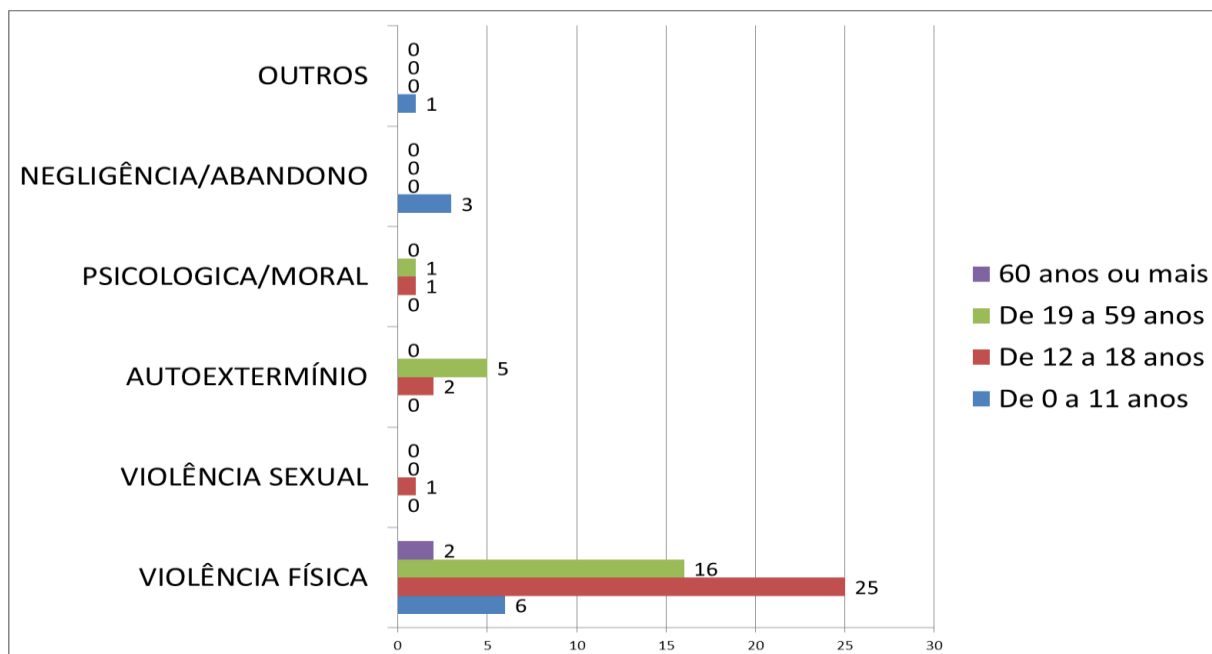


Fonte: Elaboração própria

A partir dos dados acima podemos perceber que (19) adolescentes do sexo masculino sofreram mais violência do que as (9) mulheres da mesma idade, porém levando em conta outra faixa etária, (17) mulheres adultas sofreram mais que os (4) homens adultos. Contrário ao dado em relação aos adolescentes encontrados neste gráfico, os dados do Mapa da violência de 2015 (homicídio de mulheres no Brasil) mostram que em todas as idades, até os 59 anos, os atendimentos femininos superam os masculinos. Porém em relação às mulheres adultas terem sofrido mais violência que os homens adultos, os dados do Mapa da violência mostram que em todas as etapas da vida, preponderam os atendimentos no SUS (por violência) femininos. A incidência vai crescendo a partir de certo equilíbrio entre os atendimentos a crianças, quando 54,1% são meninas, e aumenta até a idade adulta, quando 71,3% dos atendimentos são de mulheres e só 28,6% de homens.

De modo geral, os adolescentes foram os maiores atingidos e a violência física foi a mais recorrente, conforme demonstra o quadro a seguir:

Gráfico 11 — Faixa etária dividida pelo tipo de violência



Fonte: Elaboração própria

Quadro 3 — Faixa etária dividida pelo tipo de violência

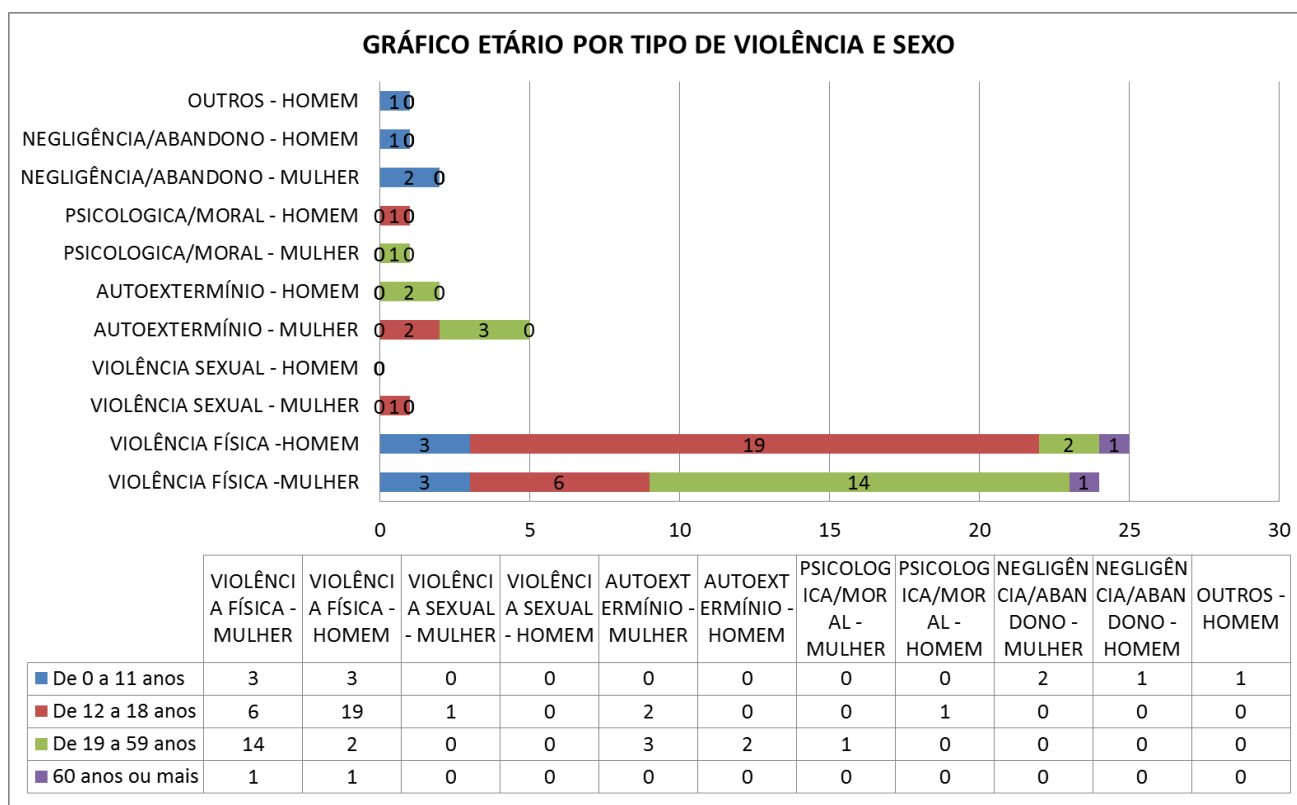
IDADE	VIOLÊNCIA FÍSICA	VIOLÊNCIA SEXUAL	AUTOEXTERMÍNIO	PSICOLÓGICA / MORAL	NEGLIGÊNCIA / ABANDONO	OUTROS
De 0 a 11 anos	6	0	0	0	3	1
De 12 a 18 anos	25	1	2	1	0	0
De 19 a 59 anos	16	0	5	1	0	0
60 anos ou mais	2	0	0	0	0	0

Fonte: Elaboração própria

Logo abaixo podemos perceber que a violência sexual foi mais recorrente no sexo feminino, apesar de ser um número baixo de vítimas (uma vítima), podemos comparar com a nulidade de homens atingidos por esse tipo de violência. Já na tentativa de autoextermínio, obtivemos 2 vítimas (adultas) do sexo masculino e 5 do sexo feminino sendo 3 adultas e 2 adolescentes. A quantidade de vítimas (crianças) de violência física foi a mesma entre o sexo masculino e feminino (3 de cada), vemos que apesar da doutrina de proteção integral as crianças fazem parte de uma população muito vulnerável, segundo pesquisa realizada pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos do Governo Federal, a cada dez minutos uma

criança foi vítima da violência no Brasil em 2014. O relatório mostra que a grande maioria das vítimas (55,73%) tem menos de 11 anos e que as meninas (47%) são mais agredidas do que os meninos (38%). A violência mais comum é a negligência (37%), seguida de violência psicológica (45%), física (21%), sexual (13%) e outras (4%).

Gráfico 12 — Faixa etária por tipo de violência e sexo



Fonte: Elaboração própria

4.3 RESULTADOS

Foram preenchidas um total de 47 fichas no primeiro semestre do ano de 2015 e 61 no mesmo período do ano de 2016. Em algumas categorias abaixo houveram variações de número, uma vez que o sexo do agressor em muitas fichas estava como “desconhecido” ou “ignorado” e também uma mesma vítima pode ser agredida por pessoas do sexo masculino e feminino ao mesmo tempo; já nos tipos de violência foi levado em conta que uma mesma vítima pode sofrer mais de um tipo de violência.

Sexo das vítimas:

1/2015 - 25 (53,19%) sexo masculino e 22 (46,81%) sexo feminino.

1/2016 - 29 (47,54%) sexo masculino e 32 (52,46%) sexo feminino.

Sexo do agressor:

1/2015 - 25 (53,19%) sexo masculino e 8 (17,02%) do sexo feminino.

1/2016 - 47 (72,31%) sexo masculino e 14 (21,54%) do sexo feminino.

Tipo de violência:

1/2015 - 33 (66%) ocorrências de violência física, 11 (22%) ocorrências de tentativa de autoextermínio (violência autoprovocada), 4 (8%) ocorrências de violência sexual, 1 (2%) ocorrência de violência psicológica/moral e 1 (2%) financeira/econômica.

1/2016 - 48 (77,78%) ocorrências de violência física, 7 (11,11%) ocorrências de tentativa de autoextermínio (violência autoprovocada), 1 (1,59%) ocorrência de violência sexual, 3 de negligência/abandono (4,76%) e 2 (3,17%) ocorrências de violência psicológica/moral.

Idade das vítimas:

1/2015 - De 0 a 11 anos: 11 vítimas, de 12 a 18 anos: 23 vítimas, de 19 a 59 anos: 10 vítimas e de 60 anos ou mais: 3 vítimas.

1/2016 - De 0 a 11 anos: 10 vítimas, de 12 a 18 anos: 28 vítimas, de 19 a 59 anos: 21 vítimas e de 60 anos ou mais: 2 vítimas.

No ano de 2015 pessoas do sexo masculino (53,19%) foram mais afetadas, já em 2016 pessoas do sexo feminino (52,46%) foram as maiores vítimas. Os agressores nos dois semestres analisados foram majoritariamente do sexo masculino 53,19% em 2015 e 72,31% em 2016.

A violência física foi em disparado a mais recorrente em ambos semestres 66% em 2015 e 77,78% em 2016. Seguida das ocorrências de tentativa de autoextermínio 22% em 2015 e 11,11% em 2016.

Os adolescentes de 12 a 18 anos foram as maiores vítimas em ambos semestres 23 vítimas em 2015 e 28 em 2016. Em 2015 as crianças de 0 a 11 anos foram as segundas mais atingidas (11 vítimas), já em 2016 os adultos ocuparam essa posição (21 vítimas).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É perceptível que existe no Brasil inúmeros direitos garantidos através de leis, portarias, decretos, políticas públicas, entre outros. que asseguram a prevenção da violência e a proteção às vítimas nos sistemas de saúde, apesar disso existem diversas falhas não só na gestão dessas políticas, mas também de atuação dos agentes públicos em relação à implantação da efetividade no plano material.

A ficha de notificação individual de violência interpessoal/autoprovocada é mais um meio que os responsáveis pela saúde pública encontraram de monitorar as violências atendidas nas redes de saúde para fins de vigilância epidemiológica e sua implementação é de avanço inquestionável.

A Vigilância Epidemiológica é definida como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. (BRASIL, 1990).

A vigilância é hoje uma ferramenta metodológica importante para a prevenção e controle de doenças em saúde pública. Não existem ações de prevenção e controle de doenças com base científica que não estejam estruturadas sobre sistemas de Vigilância Epidemiológica. Vigilância e investigação de doenças infecciosas, assim como de seu controle, sejam de casos isolados ou de surtos, são inseparáveis em conceito e em ação, uma inexiste na ausência da outra. Constituem, sem dúvida, as ações fundamentais e imprescindíveis de qualquer conjunto de medidas de controle de doenças infecciosas e adquirem hoje uma importância fundamental. (ASSIS)

Para a vigilância epidemiológica ser efetivada é necessário que os dados fornecidos para sua alimentação sejam dados reais e precisos, ou seja, com pouco preenchimento das fichas de notificação de violência o trabalho será incompleto.

Os hospitais estão entre os ambientes que a violência se expressa de forma mais extrema, podendo chegar a causar até o óbito, por isso é necessário um grande preparo dos profissionais de saúde, não só no cuidado físico, mas também e não menos importante, no cuidado psicológico e social. Para isso o preenchimento da ficha em caso suspeito ou confirmado de violência é necessário, pois nesses casos as autoridades e órgãos responsáveis devem ser comunicados e essas vítimas devem entrar para as estatísticas.

Percebida a importância do preenchimento das fichas, este trabalho estudou as fichas preenchidas no primeiro semestre, de dois anos distintos (2015 e 2016) com o intuito de comparar quantitativamente as fichas de ambos semestres e traçar um perfil das vítimas (por sexo e idade), do agressor (por sexo) e do tipo de violência.

Nesta análise notou-se que em ambos semestres a maioria dos agressores foi do sexo masculino e a violência física foi a mais recorrente; os adolescentes (de 12 a 18 anos) foram os mais atingidos e o sexo das vítimas foi balanceado, sempre entre 52% e 54% sendo os homens mais atingidos em 2015 e as mulheres em 2016. Não surpreendentemente, não houve uma mudança significativa na quantidade de fichas preenchidas de 2015 (47) para 2016 (61), pois um aumento de 14 fichas não é quantitativamente relevante, dado a extensão do HBDF.

Com esses dados é necessário considerar que, muitas vezes, o trabalho nos serviços de saúde apresenta dificuldades de sobrecarga para os profissionais, e a exigência de preencher mais um formulário pode ser considerada excessiva, sobretudo quando não há um programa de conscientização para tal, os profissionais não percebem a razão e a importância dessa exigência, falta formação ou capacitação do profissional para a identificação das situações de violência e procedimentos de notificação. A ficha de notificação de violência é um formulário extenso e detalhado o que pode interferir na decisão do profissional de preenchê-lo ou não, pelo fato de ocupar alguns minutos a mais do seu tempo. É preciso levar em conta também que muitas vezes os profissionais recebem pouco apoio institucional para a realização da notificação (SILVA; FERRIANI, 2007).

O enfrentamento a violência envolve o trabalho em equipe, a notificação de violência não é um trabalho mecânico como de outras doenças e agravos, não é uma questão objetiva. É necessário compreender esse fenômeno numa perspectiva ampliada além da vigilância epidemiológica tradicional (da doença transmissível, com procedimentos padrões), a percepção da violência pelo profissional de saúde para/com um paciente envolve um trabalho subjetivo, envolve tempo e envolve outros profissionais para o atendimento daquele paciente, trabalho esse que nem todos os serviços de saúde são capazes de fornecer e nem todos os profissionais são treinados e capacitados para esse fornecimento.

Com o presente trabalho notou-se a importância de um estudo acerca da falta de preenchimento das fichas para analisar as razões dessa resistência. Notou-se falta programas de conscientização sobre o que é a ficha, sobre a importância do preenchimento da ficha e os diversos formatos de promoção, prevenção e assistência que podem vir a ser criados com a percepção da quantidade de vítimas de violência atendidas em cada rede de saúde. Notou-se que é de extrema importância conhecer o perfil das vítimas atendidas no hospital, uma vez que o atendimento tende a ser cada vez mais especializado e familiarizado com o perfil que mais atinge, podendo articular de maneira mais rápida com as redes de apoio e instituir respostas mais efetivas de atenção, cuidado e prevenção às vítimas de violência e seus familiares; além disso, é necessário também conhecer o profissional e suas dificuldades nesse

âmbito. A eficiência da notificação depende da contínua sensibilização de todos os profissionais e gestores da saúde para que reconheçam a importância dessa informação e a utilizem como mecanismo de prevenção e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

ARIEDE, Natália. A cada dez minutos uma criança foi vítima de violência no Brasil em 2014. **G1**, São Paulo, 24 fev. 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2015/02/cada-dez-minutos-uma-crianca-foi-vitima-de-violencia-no-brasil-em-2014.html>>. Acesso em: 29 nov. 2016, 17:50.

ASSIS. Secretaria Municipal da Saúde de Assis. **Vigilância epidemiológica**. Disponível em: <<http://www.saude.assis.sp.gov.br/index.php/departamentos/vigilancia-epidemiologia>>. Acesso em: 28 nov. 2016, 13:41.

BAKER, A. A. Granny-battering. **Modern Geriatrics**, [S.l.], v. 5, n. 8, p. 20-24, 1975.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Considerações sobre a mortalidade no Brasil em 1980. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 122-137, abr. 1984. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v18n2/05.pdf>>. Acesso em:

BRASIL. Lei nº 4.898, de 9 de dezembro de 1965. Regula o Direito de Representação e o processo de Responsabilidade Administrativa Civil e Penal, nos casos de abuso de autoridade. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1965. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4898.htm>. Acesso em: 17 nov. 2016, 17:00.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 17 nov. 2016, 16:50.

_____. Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997. Define os crimes de tortura e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1997. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9455.htm>. Acesso em: 17 nov. 2016, 16:38.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF, 2010. 91 p. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/consulta-publica/arquivos/1393133501.pdf>>. Acesso em:

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **PNCQ**. Disponível em: <http://www.pncq.org.br/uploads/2014/qualinews/portaria_1271_6jun2014.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016, 21:35.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual instrutivo de preenchimento**. 2008. 34 p. Disponível em: <<https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Documentos%20Doencas%20Epidemicas/VIOLENCIASDOMESTICA-SEXUAL.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2016, 16:10.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIVA**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília, 2015. 65 p. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/16/instrutivo-ficha-sinan-5-1--vers--o-final-15-01-2016.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016, 19:43.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1991. 98 p.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA SAÚDE. **Em 2014 a cada dez minutos uma criança foi vítima da violência no Brasil**. 18 maio 2016. Disponível em: <<http://cnts.net.br/noticias/ver/711>>. Acesso em: 19 nov. 2016, 17:45.

COSTA, Lúcia Cortes da. Questão social e políticas sociais em debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 12, n. 2, p. 61-76, jul./dez. 2016. Disponível em: <<http://www.revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/download/426/380>>. Acesso em: 14 nov. 2016, 20:05.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 11, p. 1163-1178, 2006. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2016, 15:45

FINKELHOR, D. **Sexually victimized children**. Nova Iorque: Free Press, 1979.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1269-1278, 2006. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a16v11s0.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016, 16:20

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: **Simpósio Mineiro de Assistente Sociais**, BH, maio, 2007, p. 53-62. Disponível em: <<http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2009/06/Yolanda-Guerra.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016, 21:20.

JOVENS são 59% dos mortos por arma de fogo no Brasil. **Carta Capital**, São Paulo, maio 2015. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/jovens-sao-59-dos-mortos-por-arma-de-fogo-no-brasil-8240.html>>. Acesso em: 19 out. 2016, 14:45.

LEAL, Sandra Maria Cezar; LOPES, Marta Júlia Marques. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 419-431, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a20v10n2.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016, 18:25

LIMA, Jeanne de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 661-673, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00661.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2016, 16:50.

MACHADO, L. Vozes ignoradas: percepções sobre violência contra idosos. In: WORKSHOP ON SOCIAL AND GENDER INEQUALITIES IN HEALTH AMONG THE ELDERLY IN BRAZIL, 1., 2002, Ouro Preto. **Anais...** Ouro Preto: [s.n.], 2002. p. 97-102.

MARTINS, Christiane Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, p. 315-334, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n4/v18n4a02.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016, 10:15.

MASCARENHAS, Marcio Denis Medeiros et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por lesões bucodentais decorrentes de causas externas, Brasil, 2006 e 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. 124-132, 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28s0/13.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2016, 11:00.

MELLO, Maria Helena Prado de; YUNES, João. Violência e saúde no Brasil. **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 114-127, set./nov. 2001. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/revusp/article/viewFile/35105/37844>>. Acesso em: 18 nov. 2016, 19:00.

MENEZES, Maria do Rosário de. **Da violência revelada à violência silenciada**: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso. 1999. 337 f. Tese (Doutorado)–Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Fala galera**: juventude, violência e cidadania no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1992.

_____. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, maio/jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15881>>. Acesso em: 29 out. 2016, 20:00.

_____. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994. Suplemento. Disponível em: <<http://www.observatorioseguranca.org/pdf/aviolenciasociaisobaoticadasaudepublica.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2016, 14:15.

_____. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-42. (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 853340977x.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 nov. 2016, 15:20.

_____. Violência para todos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 65-78, jan./mar. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n1/07.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016, 12:28.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

SANTINON, Evelyn Priscila; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SILVA, Lucia Cristina Florentino Pereira da. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 13, n. 74, mar. 2010. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7499>. Acesso em: 25 out. 2016, 13:30.

SILVA, Lúcia Ester Lopes da; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-332, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00331.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016, 13:40.

SILVA, M. A. I.; FERRIANI, M. G. G. Violência doméstica: do visível ao invisível. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 275-281, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a13.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016, 14:14.

SILVA, Maria Carmelita Maia e et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 403-412, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a05.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016, 14:15.

SOUSA, Maria Helena de et al. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 94-107, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/en_1415-790X-rbepid-18-01-00094.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016, 16:00.

SOUZA, Camila dos Santos et al. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-784, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00773.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2016, 18:55.

SOUZA, E. R.; FORTUNA, F. F. P.; PEREIRA, M. C. Extremo da vida sob a mira da violência: mortalidade de idosos no Estado do Rio de Janeiro. **Gerontologia**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 66-73, 1998.

TEIXEIRA, Maria da Glória et al. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas do governo. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, v.

7, n. 1, p. 7-28, jan./mar. 1998. Disponível em:
<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n1/v7n1a02.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2016, 18:15.

TORRES, Daniel. Em 2000, Brasil já tinha mais mulheres do que homens. E essa diferença está ainda maior em 2010, revela o Censo 2010. **Último Segundo**, São Paulo, abr. 2011. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/brasil-tem-quase-4-milhoes-de-mulheres-a-mais-que-homens/n1300118028219.html>>. Acesso em: 29 nov. 2016, 15:00.

VELOSO, Milene Maria Xavier et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, maio 2013. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/11.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016, 9:40.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência 2012**: caderno complementar... São Paulo: Instituto Sangari, 2012. 17 p. Disponível em:
<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_mulher.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016, 20:30.

_____. **Mapa da violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília, 2015. 79 p. Disponível em:
<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016, 20:00.

_____. **Mapa da violência 2016**: homicídios por armas de fogo no Brasil. [S.l.]: FLACSO, 2015. p. 47, 48, 51. Disponível em:
<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf>. Acesso em: 18 out. 2016, 16:05.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **First WHO report on suicide prevention**. Genebra, 4 set. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/>>. Acesso em: 29 nov. 2016, 17:15.

ANEXO

Ficha de notificação de violência:

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		Código (CID10)		3 Data da notificação	
	2 Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Y09			
	4 UF	5 Município de notificação				Código (IBGE)		
	6 Unidade Notificadora		<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	7 Nome da Unidade Notificadora				Código (CNES)			
	8 Unidade de Saúde						11 Data de nascimento	
	10 Nome do paciente						15 Raça/Cor	
	12 (ou) Idade		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano <input type="checkbox"/>		13 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado 14 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		15 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
Dados de Residência	16 Escolaridade		0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)		21 Distrito	
	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1			
Dados Complementares	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona		32 País (se residente fora do Brasil)			
			1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado					
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação					
	35 Situação conjugal / Estado civil		1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado					
	36 Orientação Sexual		1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado		37 Identidade de gênero:		3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado 1-Travesti 2-Mulher Transexual	
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras		1-Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado			
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito	
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona		51 Hora da ocorrência			
		1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado		(00:00 - 23:59 horas)				
52 Local de ocorrência		01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
54 A lesão foi autoprovocada?				1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Sexual		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espargamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____		
	69 Data de encerramento _____		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 100 Central de Atendimento à Mulher 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			